

29

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 5 Avril 1900, à 1 heure

PAR

E. RUAIS

Né à Martigné-Briand (Maine-et-Loire) le 26 Juillet 1874

DU

PYO-PNEUMOTHORAX

DE NÉCESSITÉ

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur.

BRUN et CHARRIN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 5 Avril 1900, à 1 heure

PAR

E. RUAIS

Né à Martigné-Briand (Maine-et-Loire) le 26 Juillet 1874

DU

PYO-PNEUMOTHORAX

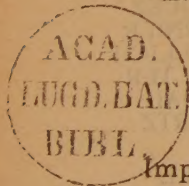
DE NÉCESSITÉ

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur.

BRUN et CHARRIN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS		MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale	}	JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
Maladies de enfants		GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des mala-		
dies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux ..		RAYMOND
		BERGER
Clinique chirurgicale	}	DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..		GUYON
Clinique d'accouchement	}	BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	ILEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Professeurs de l'École d'Angers

A Monsieur le Docteur Galland

A mes Parents

A Monsieur le Professeur Bédier

Membre de l'Académie de médecine

Professeur de pathologie interne à la Faculté

Médecine de l'Hôtel-Dieu

Chargé de la Clinique d'ophtalmologie

A mes Professeurs de l'Ecole d'Angers

A Monsieur le Docteur Galliard

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

A Monsieur le Professeur Debove

Membre de l'Académie de médecine
Professeur de pathologie interne à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Beaujon
Officier de la Légion d'honneur

Introduction

Parmi les complications du pyo-pneumothorax il en est une, à la vérité très rare, mais cependant utile à connaître et dont peu d'auteurs ont fait mention : c'est la migration sous-cutanée thoracique du contenu gazeux et purulent de la plèvre sous forme d'un abcès pyo-pneumique. C'est à cette complication que notre maître le Docteur Galliard a donné le nom de « pyo-pneumothorax de nécessité » mettant ainsi en évidence l'analogie avec l'empyème de nécessité.

Nous avons pu observer un cas de pyo-pneumothorax de nécessité à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Galliard, qui nous a engagé à faire notre thèse sur ce sujet. Nous avons cherché et réuni le plus d'observations possible sur cette complication, que nous avons voulu simplement signaler à nouveau.

C'est le but que nous nous sommes proposé dans ce travail pour lequel nous aurions voulu épuiser toutes les ressources bibliographiques. Nous n'avons pas la prétention de faire une étude complète

qui doit clore la question. Loin de là : nous n'avons pu sur certains points qu'effleurer la question, les documents nous manquant. Plus tard de nouveaux cas, sur lesquels nous aurons peut-être attiré l'attention, viendront compléter l'étude que nous en avons faite.

Avant d'entrer de plein pied dans notre sujet, il nous reste un devoir à accomplir. Nous ne devons pas franchir le seuil de la Faculté sans jeter un regard en arrière, et donner un témoignage de reconnaissance à tous ceux qui nous ont dirigé dans nos études médicales.

Rendons ici hommage à la mémoire du professeur Dezanneau, qui fut notre premier professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole d'Angers.

Que M. Legludic, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers, MM. Montprofit, Jagot, professeurs de clinique ; MM. Bahuaud, Douet, Tesson, Mâreau, Thibault, Charrier, professeurs à l'Ecole de médecine, MM. Mullois et Lepage, anciens chefs de clinique, reçoivent l'expression d'une sincère reconnaissance pour leurs savantes leçons.

Que M. Galliard, médecin à l'hôpital Saint-Antoine, qui nous a donné le sujet de notre thèse, reçoive ici l'expression de toute notre reconnaissance pour les conseils qu'il nous a donnés pendant les années que nous avons passées dans son service, et en dernier lieu pour mener à bien notre travail.

Que M. le professeur Debove reçoive nos sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Historique

Avant d'entreprendre notre travail nous avons recherché si quelques auteurs avaient parlé de cette complication du pyo-pneumothorax. Nous avons parcouru, dans les divers dictionnaires de médecine et de chirurgie, les articles sur les différentes maladies du poumon et de la plèvre, qui peuvent donner naissance au pyo-pneumothorax ; les articles sur le pyo-pneumothorax et sur les fistules thoraciques ; aucun ne fait mention de la migration sous-cutanée thoracique du pyo-pneumothorax. De même les traités de pathologie, les traités de cliniques médicale et chirurgicale, les ouvrages spéciaux sur les maladies du poumon et de la plèvre et sur la chirurgie de la poitrine, restent muets à ce sujet.

Cependant en 1854, Bouchut, dans un article sur les fistules thoraciques, signale la possibilité de cette terminaison du pyo-pneumothorax. Après avoir montré que les différentes « fistules pulmonaires cutanées » sont tantôt complètes, c'est-à-dire, compre-

nant toute l'épaisseur de la paroi thoracique, tantôt incomplètes et s'arrêtant à la couche sous-cutanée, il dit : « Ordinairement la fistule pulmonaire cutanée s'établit entre un poumon adhérent à la plèvre costale et la surface de la peau par suite de l'ulcération progressive qui va de l'intérieur vers l'extérieur ; mais les choses ne se passent pas toujours de la même manière. Il y a des cas, M. Raybaud en a publié, où la fistule pulmonaire cutanée est le résultat d'un empyème ouvert des deux côtés à la fois : à travers la peau d'une part, à travers les bronches de l'autre. Un double travail ulcératif sur deux points opposés de la plèvre a mis en communication les cellules pulmonaires et la peau, séparées qu'elle sont par la cavité pleurale remplie d'air et de pus. C'est là une exception, j'en conviens, à la marche et au développement ordinaires des fistules pulmonaires cutanées, mais c'est une exception importante dont j'ai cru devoir tenir compte. On sait d'ailleurs combien cette terminaison de l'hydrothorax est rare (1). »

Nous aurions voulu voir ces cas, que M. Raybaud a publiés, mais Bouchut ne donne aucune indication bibliographique. Nous avons essayé cependant de les retrouver, mais nous n'avons pu y parvenir, rien ne nous guidant dans ce travail. Quoi qu'il en soit Bou-

(1) Bouchut. — Des fistules pulmonaires cutanées. — *Gaz. des Hôp.* 1854. p. 197. 199.

chut indique là clairement le pyo-pneumothorax de nécessité, sous un autre nom il est vrai, car il l'appelle plus loin « fistule pulmonaire cutanée avec empyème.

Après lui Damaschino (1), en 1869, dans sa thèse pour le concours d'agrégation parle encore de cette complication en y ajoutant même la mention d'un des principaux symptômes : « On a remarqué souvent la coïncidence de fistules pulmonaires avec l'existence de tumeurs fluctuantes faisant saillie sous les téguments et apparaissant simultanément..... Cette tumeur se montre malgré l'existence d'une perforation des bronches. Outre les signes habituels de celle-ci on constate une sorte de gargouillement dû à la présence de gaz dans le thorax. » Cette tumeur qui se montre après la formation d'un pyo-pneumothorax, qui donne une sensation de gargouillement, c'est là le pyo-pneumothorax de nécessité.

Mais il n'y avait là que de simples remarques qui avaient passé complètement inaperçues lorsqu'en 1896 M. L. Galliard, alors médecin à l'Hôpital Tenon, se saisit de la question et par analogie avec l'empyème de nécessité, donna à cette complication le nom de pyo-pneumothorax de nécessité (2) : « Je désigne par le mot pyo-pneumothorax de nécessité la tumeur cons-

(1) Damaschino. — Thèse d'agrégation, 1869.

(2) L. Galliard. — Le pyo-pneumathorax de nécessité, in Méd. Moderne. 19 fév. 1896.

tituée par la migration qu'effectuent à la paroi thoracique le pus et l'air qui sortent simultanément de la plèvre. On pourrait dire aussi pyo-pneumothorax extra-pleural, mais le terme serait trop vague car il s'appliquerait aussi bien aux migrations lointaines (région lombaire, abdomen, etc...) du pyo-pneumothorax qu'à la migration thoraco-pariétale. On pourrait dire pyo-pneumothorax diverticulaire, mais cela ne ferait pas comprendre que le diverticule siège dans l'épaisseur de la paroi thoracique. Il est donc préférable d'employer un terme consacré par l'usage. »

Enfin en 1899, au mois de février, ayant eu l'occasion d'observer dans son service une malade atteinte de pyo-pneumothorax de nécessité, M. Galliard reprit la question en publiant une partie de l'observation de cette malade (1). Il a bien voulu, et nous ne saurions trop l'en remercier, nous communiquer l'observation précitée, que nous publierons *in extenso* dans ce travail.

Après cet exposé de la question, nous allons donner, analyser et discuter les observations que nous avons trouvées sur notre sujet. Disons tout de suite que ces observations ont toujours été considérées par les auteurs à d'autres points de vue, sans qu'aucun ne mentionne la relation existant entre la tumeur sous-

(1) L. Galliard. — Le pyo-pneumothorax de nécessité. — Semaine médicale, 8 fév. 1899.

cutanée thoracique et le contenu de la plèvre. Nous classerons ces observations par ordre chronologique. Nous nous occuperons ensuite des symptômes, diagnostic, pronostic et traitement de la maladie.



Observations

OBSERVATION I (1)

(Conan 1810, citée par Galliard)

Homme de 22 ans, atteint au mois de février d'une pleuro-pneumonie terminée par des crises de crachats sanguinolents. En avril, l'expectoration d'une matière mucoso-sanguinolente augmenta.

Le 20 mai, crachats abondants de mucosités purulentes.

Le 28 mai, on aperçut sous le mamelon droit une tumeur à base large et plate, dure, indolente, sans rougeur ni chaleur.

Le 15 juin, tumeur plus élevée, fluctuante, qu'on ouvrit au bistouri. Il n'en sorti d'abord que de l'air, mais en donnant une situation convenable, il s'en écoula environ 4 onces de pus. Deux heures après l'opération, le malade

(1) Conan. — Thèse de Paris 1810. Sur les épanchements qui se font dans l'intérieur de la poitrine, obs. 1.

expectora en peu d'instants une livre et demie de matière purulente semblable à celle des crachats précédents.

Le 15 juillet, douleur gravative, affaiblissement, état désespéré. Le 17, une ouverture faite à la poitrine donna issue à un liquide épais, blanchâtre, qui jaillit à quatre pas sur les assistants : la quantité fut estimée à 10 ou 12 livres. Dès lors, cessation de l'expectoration, respiration libre.

Le 5 septembre, on aperçut au-dessus du mamelon droit une autre tumeur située à côté de celle qui avait déjà existé. Elle causait une douleur interne et externe fort incommode. Elle était peu considérable. On y reconnaissait au toucher un petit gargouillement qui indiquait la présence de l'air et d'un liquide. Pendant la toux elle se gonflait ; celle-ci cessant, la tumeur s'affaissait. On jugea inutile de l'ouvrir, pensant qu'elle communiquait avec le foyer de l'empyème.

Le 22 septembre, douleur intense ; la tumeur augmenta de volume. Depuis quelques jours la plaie donnait un pus plus abondant et plus épais et pendant ce temps la douleur et la tumeur diminuaient.

Le 10 octobre, la tumeur diminua.

Le 15 novembre, elle n'existait plus ; la douleur avait cessé. L'ouverture de l'empyème ne fournissait plus aucun liquide.

Le 20 juin de l'année suivante (17 mois après la péri-pneumonie) ; le malade sortit de l'hôpital en parfaite santé et la plaie complètement cicatrisée.

Il nous manque certainement là des signes importants pour faire le diagnostic, nous n'avons ni les signes tirés de la percussion ni les signes tirés de l'auscultation, (L'auteur écrivait neuf ans avant la publication des travaux de Laënnec), mais la symptomatologie est suffisante pour que nous puissions dire qu'il s'agit dans ce cas d'un pyopneumothorax par vomique consécutif à un empyème métapneumonique, et suivi de l'apparition d'une tumeur emphysemateuse à la paroi thoracique. Le malade ayant guéri, ce qui comme nous le verrons par la suite, n'est pas la terminaison habituelle, nous n'avons pas de vérification anatomique, mais en présence des symptômes énoncés par Conan, nous pouvons affirmer qu'il y avait bien là pyopneumothorax de nécessité.

OBSERVATION II (1)

(Bayle 1824, citée par Galliard).

Un malade entra à la Charité (service du Professeur Cayol) avec une pneumonie aiguë à droite, que l'on combattit successivement par deux applications de sangsues, des ventouses scarifiées et un large vésicatoire.

(1) Bayle. — Revue Médicale 1824.
Ruais

Un mois et demi après, il survint une pleurésie du même côté avec égophonie, qui avait diminué beaucoup par l'emploi de moyens analogues, lorsque le malade fut atteint d'une variole discrète qui parcourut ses périodes sans aucun accident notable. Mais il continua à tousser et rendit, après un effort d'expectoration, une très grande quantité d'un pus jaune, inodore et bien lié. On crut entendre la pectoriloquie sous la clavicule, ce qui porta à penser que cette vomique était la suite d'une pneumonie du sommet du poumon droit.

Le jour d'après, l'auscultation de la respiration et de la toux fit entendre un léger tintement métallique qui fut bientôt accompagné d'un emphysème avec tuméfaction et crépitation au niveau du mamelon droit. Dès cette époque, l'expectoration purulente, la diarrhée, les sueurs colligatives et la fièvre hectique furent continuelles et amenèrent un marasme complet. Cependant le malade, doué d'un degré de résistance vitale extraordinaire, prolongea pendant plus de quatre mois encore sa douloureuse existence.

Il se forma dans la tumeur emphysémateuse un abcès qui s'ouvrit spontanément et donna issue à une quantité d'un pus fétide mêlé de bulles d'air. Enfin un mois après ce dernier incident, le malade parvenu au suprême degré d'épuisement, s'éteignit sans agonie.

A l'ouverture du cadavre on trouva une carie des 4^e et 5^e côtes du côté droit. La cavité thoracique du même côté contenait une assez grande quantité de pus d'un blanc grisâtre et d'une fétidité excessive. Ce fluide avait une couleur noirâtre à la base de la cavité. La plèvre costale était tapissée d'une fausse membrane d'une ligne environ

d'épaisseur. La face externe du poumon était couverte, dans la plus grande partie de son étendue, d'une couche de pus brunâtre. Elle était déprimée, inégale, grisâtre, et offrait des filaments irréguliers. Malgré le soin avec lequel on l'examina, il fut impossible de reconnaître s'il y avait eu réellement perte de substance du poumon occupé par une affection gangreneuse, ou si ces apparences dépendaient d'une fausse membrane. Les deux poumons étaient de plus farcis de tubercules.

Cette observation, intéressante par la succession de maladies graves qu'elle présente, et surtout remarquable par la manière dont l'abcès du poumon se fit jour au dehors.

L'auteur, comme l'indique cette dernière phrase, considère la tumeur comme résultant d'un abcès du poumon qui s'est fait jour à la paroi thoracique. Avec M. L. Galliard nous repousserons cette manière de voir. En effet, que s'est-il passé ? Le malade a eu une pleurésie métapneumonique, cette pleurésie s'est fait jour à travers les bronches, et il y a eu pyopneumothorax par vomique. On constate à ce moment du tintement métallique. Bayle a-t-il cherché le bruit de succussion hippocratique ? Il ne le dit pas : mais ne l'eût-il pas trouvé que cela n'infirmait pas notre diagnostic de pyo-pneumothorax, car dans certains cas, sous l'influence de causes encore indéterminées, on ne peut le produire (1).

(1) Voir l'observation IX.

A la suite de ce pyo-pneumothorax on vit se produire au niveau du mamelon droit de l'emphysème circonscrit, puis un abcès pyo-pneumique, qui se rompit laissant échapper des gaz et des liquides. Il y a donc bien là pyo-pneumothorax de nécessité.

OBSERVATION III (2)

(Gendrin, 1826. — Cité par Galliard)

Une femme de peine, âgée de 34 ans, atteinte depuis 2 ans, d'une toux quinteuse, sèche, et ayant craché du sang, accoucha à 7 mois, d'un enfant mort et succomba après 4 mois de séjour à l'hôpital.

A l'autopsie, l'introduction du scalpel dans le côté gauche du thorax fut suivi de la sortie d'une assez grande quantité de gaz fétides. Du fluide purulent crémeux, fétide, s'écoula quand on enleva le sternum.

A la base de la poitrine, à gauche, se trouvait une masse pulpeuse, grisâtre, du volume d'un œuf. Cette masse baignait dans le pus. Au-dessous d'elle on trouva une perforation entre la 6^e et la 7^e côte. Les muscles intercostaux étaient détruits par la suppuration qui avait pénétré en fusant dans le tissu cellulaire jusque sous la peau des

(2) Gendrin. Hist. anat. des inflammations. T. I. p. 209. Obs. XXXIV.

lombes où se trouvait une tumeur déprimée, molle, comme emphysémateuse. Le poumon gauche, réduit à moitié de son volume, était refoulé le long du médiastin et de la colonne dorsale. En insufflant sa principale bronche on fit sortir l'air dans le foyer par deux ouvertures, dont l'une, supérieure, y aboutissait directement; cette ouverture était arrondie, de plus d'une ligne de diamètre. L'autre communication avec les bronches se trouvait au-dessous du poumon vers sa base; elle aboutissait à un conduit sinueux qui traversait la matière mucoso-puriforme qui se trouvait à la fistule intercostale. Tubercules nombreux disséminés dans le poumon gauche. Cavité et tubercules disséminés dans le poumon droit.

Le seul reproche qu'on puisse faire à cette observation, c'est de n'y pas trouver la description clinique de la tumeur. Mais ce qui compense, c'est la description anatomique très nette : fistule broncho-pleurale tuberculeuse, pyo-pneumothorax, sortie du contenu de la plèvre par le 6^e espace intercostal, et en outre, sa migration sous-cutanée dorso-lombaire, qui constitue une des complications du pyo-pneumothorax de nécessité.

OBSERVATION IV (Résumée) (1)

(Bonnet, 1829)

Le nommé C..., âgé de 24 ans, entre le 20 mai 1829 à l'hôpital Saint-Antoine.

A son entrée, langue blanche, anorexie, pouls accéléré. Dans le côté gauche, douleur légère, mais continue, respiration courte. Matité à la base gauche. Egophonie. Déplacement du cœur. Diagnostic : épanchement pleurétique gauche.

Le 5 juin, frisson, douleur dans le dos, face rouge, pouls plein, accéléré. Matité à la percussion, râle crépitant dans tout le sommet du poumon gauche. Diagnostic : pneumonie.

Le 27 juin, matité partout ; le malade ne peut respirer qu'assis ou couché sur le côté gauche. Espaces intercostaux saillants, cœur refoulé à droite.

Le 2 juillet, œdème du côté gauche du thorax, du bras et de la jambe gauches.

Le 6 juillet, érysipèle de la portion gauche de la poitrine, avec sensation de fluctuation sous la clavicule, vis-à-vis la troisième côte.

Le 9, le côté gauche de la poitrine offre une saillie

(1) Observation pour servir à l'histoire des pleurésies avec épanchement et de l'empyème. Arch. gén. de Méd. 1829, T. XXI, page 86.

considérable de 6 à 7 pouces de diamètre ; au-dessous de la clavicule, en dehors du sternum, on éprouve la sensation d'un gaz qui se déplace et produit le gargouillement quand on le comprime ; si on applique le stéthoscope sur ce point, on entend le bruit produit par le gaz pendant chaque inspiration de manière à faire croire que ce foyer communique avec le poumon. Pas d'emphysème autour. Le foyer purulent et les gaz augmentent pendant l'effort de la toux. Matité de la poitrine. Pas d'égophonie. La tumeur incisée ne donne issue ni à du pus, ni à des gaz.

Le 12, emphysème de tout le côté. Expectoration purulente très abondante. Mort à 10 heures du matin.

Autopsie. — La tumeur rend un son clair, on détermine le gargouillement par la pression. La peau incisée avec soin, on voit des trainées de pus dans le tissu cellulaire. Au-dessous du grand pectoral existe un vaste foyer purulent contenant un pus jaune, épais. En insufflant le poumon, on voit un flot de liquide sortir et le pus agité par l'air qui s'échappe par une ouverture située près du sternum entre la 3^e et la 4^e côte.

L'ouverture de la poitrine, à peu près circulaire et oblique sous les intercostaux, communique directement dans la poitrine. La circonférence de ce foyer est indurée et enflammée.

Le poumon gauche, de l'épaisseur de la main à peu près, est appliqué sur la colonne vertébrale. Sur sa surface, recouverte de fausses membranes, comme toute la plèvre, on voit près du sommet une petite ouverture circulaire d'une ligne et demie de diamètre à peu près ; au-dessous

d'elle la plèvre est décollée et forme la paroi d'un foyer qui pourrait contenir une noix ordinaire.

Autour de l'ouverture de ce foyer, de même qu'autour de l'orifice interne de l'ouverture pariétale, existe un léger rebord circulaire formé par la fausse membrane.

Si dans l'observation précédente on n'avait pas la description clinique de la tumeur, ici, au contraire, cette description est très nette : tumeur sonore, gargouillement perceptible à la palpation et à l'auscultation ; tumeur augmentant pendant les efforts de la toux. L'autopsie nous montre en outre la présence d'un pyo-pneumothorax méconnu pendant la vie du malade. Il y avait donc bien là, à n'en pas douter, un pyo-pneumothorax de nécessité.

OBSERVATION V (Résumée) (1)

Pleurésie à gauche. — Empyème. — Pénétration du pus dans les bronches. — Pneumo-thorax. — Ouverture postérieure de l'empyème entre les côtes. — Guérison (Pézerat).

Le sieur M. . . , tailleur de pierres, âgé de 28 ans, de

(1) Pézerat. — Journ. compl. du diction. des sciences médicales, Paris 1829, t. XXXIII, page 346. Observat. de vomique et d'empyème ouvert à l'extérieur et dans les bronches, suivis de guérison,

constitution robuste, est atteint le 18 juin 1826 d'une pleurésie aiguë du côté gauche. Le septième jour de la maladie un épanchement se produit dans le côté gauche de la poitrine. Cet épanchement fait des progrès considérables ; agrandissement du côté gauche du thorax, matité dans toute la moitié gauche de la poitrine, fièvre hectique. On propose l'empyème. Le malade ajourne l'opération.

Le 24 février le pus se fait jour par les conduits aériens. La vomique se répète tous les jours pendant 27 jours. A dater de l'expectoration purulente, le son mat fut remplacé par une sonorité plus prononcée que dans l'état physiologique au niveau des 5 premières côtes. On perçoit le bruit de succussion. Absence de bruit respiratoire au niveau des parties sonores.

L'expectoration se supprime le 30 mars. La dyspnée s'accroît. Une tumeur fluctuante du volume d'une olive fait saillie entre les cartilages des 4^e et 5^e côtes sternales, elle s'ouvre spontanément le 6 avril donnant issue à un pus blanc jaunâtre sans fétidité remarquable, semblable à celui de l'expectoration qui se rétablit à la même époque. L'ouverture resta fistuleuse pendant longtemps, donnant souvent issue à une petite quantité de gaz inodore. Elle se cicatrisa vers la fin d'octobre ; l'expectoration diminua puis se tarit le 20 novembre. La santé de M. . . , s'est consolidée de plus en plus.

Dans cette observation, l'auteur mentionne simplement l'existence de la tumeur, sans en donner la description clinique. Mais si nous examinons les faits

qui précèdent l'apparition de la tumeur, nous voyons que le malade, atteint d'emphysème, a le 24 février une vomique qui se répète tous les jours. On constate le bruit de succussion ; il y avait bien là un pyo-pneumothorax. La vomique se supprime au moment de l'apparition de la tumeur, ce qui n'empêche pas le pyo-pneumothorax de toujours exister : l'auteur ne mentionne pas le bruit de gargouillement, nous verrons que dans certaines positions malades ce bruit disparaît, pour faire place à de la simple fluctuation. Toujours est-il que dans ce cas nous avons bien un abcès froid gazeux thoracique d'origine pleurale, c'est-à-dire un pyo-pneumothorax de nécessité.

OBSERVATION VI (Résumée) (1)

(Toussaint, 1880)

Le nommé D..., serrurier, 26 ans, entre dans le service de M. Hérard à l'Hôtel-Dieu, le 12 janvier 1880. Il est malade depuis deux ans et demi. Il a eu deux bronchites étant militaire ; depuis il tousse toujours, a des sueurs abondantes et de temps en temps des hémoptysies.

(1) Toussaint. — Th. de Paris, 1880. Influence du pneumothorax sur la marche de la Phthisie pulmonaire, page 40. Obs. XX.

Avant son entrée au service, il a eu le 5 janvier de la dyspnée et une toux violentes.

On diagnostique un pneumothorax gauche. Il se forme du liquide; le côté gauche bombe, le cœur est fortement dévié à droite.

Le malade ressent deux points très douloureux : l'un en bas, l'autre entre la 5^e et la 6^e côte. Il se forme en ces endroits deux saillies qui bouillonnent pendant la toux et les mouvements. Ces saillies deviennent de plus en plus douloureuses.

Le 28 mars, l'une de ces saillies crève. Il s'en écoule une quantité énorme de pus verdâtre épais et très fétide. Le malade éprouve à la suite un grand soulagement. A chaque respiration l'air sort par la plaie. Le malade rend par sa fistule environ 100 gr. de pus par 24 heures. On lui fait des lavages. Le malade s'améliore sensiblement. On n'a pas de renseignements ultérieurs.

Nous n'avons rien à ajouter à cette observation qui est suffisamment nette par elle-même.

OBSERVATION VII (Résumée) (1)

(Héron, cité par Galliard)

Garçon de salic, âgé de 37 ans, entrant le 28 juin 1876

(1) Héron. — Th. de Paris, 1881. De l'emphysème sous-cutané d'origine pulmonaire dans la tuberculose.

à Necker, service de M. Laboulbène. Point de côté à gauche. Signes de tuberculose. En octobre, épanchement pleural considérable à gauche. Ponction : 3 litres de liquide clair comme de l'eau de roche.

En janvier 1877. Bruit de flot dans tout le côté gauche.

A la fin de mars, la région mammaire gauche est légèrement soulevée dans une étendue de 6 centimètres environ par une tuméfaction crépitante à fines bulles gazeuses qu'on refoule facilement par la pression en déterminant une sorte de bruit de soupape. Au même niveau, bruit de tintement métallique. Le bruit de flot persiste. Pas de son d'airain. L'examen complet démontre un pyo-pneumothorax chez un tuberculeux portant au sommet gauche une caverne assez étendue. A la suite de l'application d'une forte couche de collodion, la tuméfaction gazeuse revient sur elle-même.

Le 15 avril, augmentation du liquide, bruit de flot moins marqué. En appliquant l'oreille au niveau de la tumeur emphysémateuse, on détermine un bruit de clapotement qu'expliquerait le passage d'un liquide à travers une perforation de la paroi thoracique.

Le 23 avril, la matité est complète dans tout le côté gauche.

La crépitation de la paroi costale se fait sentir sur une plus grande étendue. Expectoration jaune, abondante, sans fétidité particulière.

Le 5 mai, à 11 heures du soir, le malade enfle brusquement (tête et tronc envahis en un instant). Le lendemain l'emphysème occupe le corps entier.

Le 7 mai, empyème un peu au-dessous du mamelon ;

écoulement de pus fétide en assez grande abondance. Drainage.

Dans l'après-midi, emphysème tout aussi considérable, oppression moindre.

Mort le 10 mai.

Autopsie. — Après incision des téguments, on trouve une ulcération des muscles intercostaux du 4^e et du 5^e espace dans une étendue de 7 à 8 centimètres à partir des articulations chondro-costales. La 5^e côte est dénudée. La perforation se trouve à l'extrémité de la ligne d'ulcération.

En ouvrant le thorax, on trouve dans la plèvre gauche du pus verdâtre, fétide, assez abondant. Le poumon refoulé contre le médiastin, est réduit à un moignon. La face interne de la paroi costale est recouverte de pus ; l'orifice de la perforation est d'un rouge vif. Les plèvres pariétales et viscérales sont très épaissies et dépourvues d'adhérences. En insufflant le poumon gauche dans l'eau, on voit sortir des bulles d'air. Granulations tuberculeuses très nombreuses et caverne considérable au sommet.

Ce malade avait deux choses : une caverne du sommet gauche et un pyo-pneumothorax du même côté.

A laquelle de ces deux affections était due cette tuméfaction crépitante et clapotante de la région mammaire gauche ? Est-ce une fistule pulmonaire cutanée ? ou autrement dit y avait-il communication directe entre l'extérieur et la caverne pulmonaire à

travers une plèvre épaissie et adhérente ? Ce n'est pas notre avis. En effet, l'auteur déclare que le poumon, refoulé contre le médiastin « était réduit à un moignon », que les plèvres pariétale et viscérale « sont très épaissies et dépourvues d'adhérences » ; enfin sur la face interne de la paroi costale, on voit l'orifice de la perforation qui est d'un rouge vif. On ne pourrait évidemment pas voir cet orifice s'il y avait communication de la caverne avec le tissu cellulaire sous-cutané. Il s'agissait donc bien là, sans nul doute, d'un abcès froid gazeux dû au pyo-pneumothorax dont souffrait le malade, c'est-à-dire d'un pyo-pneumothorax de nécessité.

OBSERVATION VIII

(Plagge (1). — Obs. cit. par Comby) (2).

Le nommé P..., 21 ans, est pris le 19 avril 1868, de frisson violent, point de côté à gauche avec les signes stéthoscopiques d'une pneumonie à gauche.

Malgré l'apparition des signes de déclin de la pneu-

(1) Von Dr Th. Plagge. — In Memorabilien du Dr F. Betz, 1872, p. 481.

(2) Comby. — Pleurésies pulsatiles. Arch. gén. de méd., 1883, t. II, p. 569.

monie, la fièvre persiste, la toux est fréquente ; il y a du tympanisme au-dessous de la clavicule,

Du 1^{er} au 4 juin, on voit, au-dessous de la deuxième côte gauche, dans une étendue grande comme la main, une tumeur élastique, compressible et pulsatile.....

Latéralement elle s'étend du bord sternal à la ligne mamelonnaire. La pulsation est parfaitement visible et palpable autour du deuxième espace intercostal, mais elle s'étend aussi aux parties latérales de la tumeur ; elle est synchrone au pouls artériel. La tumeur est plus saillante dans l'expiration que dans l'inspiration. La peau qui la recouvre est saine et non adhérente. On sent à la palpation que la continuité des côtes est interrompue au niveau des 2^e et 3^e côtes. Les bruits du cœur sont faibles mais sans souffle. Matité générale.

Le 18. — Tumeur un peu plus sensible.

3 Juillet. — Tumeur plus proéminente. Peau molle. Pulsations faibles.

8. — Tumeur totalement disparue. Paroi thoracique déprimée. La peau relâchée recouvre les côtes défectueuses. Signes manifestes de pneumothorax.

16. — Emphysème sous-cutané.

13 août. — Emphysème disparu. Au niveau de la 6^e côte gauche, fluctuation distincte.

18. — Incision. Pus épais, abondant. Le malade va mieux.

Nous ne savons ce qu'il devient après octobre.

Comby cite cette observation comme un cas de

pleurésie pulsatile. Nous ne sommes pas de son avis ; nous allons en donner les raisons. Cette tumeur élastique, compressible, douloureuse à la pression : pulsatile, disparaît le 8 juillet ; à l'endroit où elle se trouvait on a des signes manifestes de pneumothorax, que Comby considère comme un pneumothorax par vomique. L'auteur ne parle pas du bruit de succussion que d'ailleurs il ne paraît pas avoir recherché : il ne parle pas non plus de l'expectoration. N'y avait-il pas pyo-pneumothorax avant la production de la tumeur ? Nous pouvons le croire.

Nous reconnaissons que la tumeur n'a fourni, ni crépitation, ni clapotis ; mais au moment où elle reparaît, l'auteur ne mentionne pas ces signes et cependant ils doivent exister, car le pyo-pneumothorax est constitué à cette époque, et la tumeur doit contenir du pus et des gaz. Remarquons en outre que le malade a présenté de l'emphysème généralisé, ce qui est comme nous le verrons dans la suite, une des complications du pyo-pneumothorax de nécessité.

L'observation est bien incomplète sans doute, puisqu'il nous manque la constatation de signes physiques très importants ; malgré cela nous considérons la tumeur comme étant un pyo-pneumothorax de nécessité, qui a présenté ce caractère particulier d'être pulsatile.

OBSERVATION IX (Inédite)

(L. Galliard)

Ecrasement du thorax. — Fracture de la clavicule gauche et des 2^e, 3^e, 4^e cartilages costaux gauches. — Pneumothorax antéro-supérieur. — Pneumonie. — Pleurésie polymorphe (séreuse, séro-sanguinolente, purulente). — Transformation du pneumothorax en pyo-pneumothorax. — Pyo-pneumothorax de nécessité. — Incision. — Lavages. — Guérison.

Euphrasie D..., 45 ans, journalière, est une femme de petite taille, chétive, maigre, faiblement musclée. Elle a souffert de rhumatisme articulaire et conserve une ankylose du poignet droit. Elle avoue de nombreux excès de boisson.

Passant, le 4 décembre 1898, sur la place de la mairie, à Montreuil, elle a été renversée par une voiture de laitier. On l'a relevée et portée d'abord dans une pharmacie, puis à l'hôpital, dans le service de M. Blum. Le chirurgien a constaté des plaies multiples du cuir chevelu, une fracture de la clavicule gauche, une luxation de l'articulation acromio-claviculaire droite, plusieurs fractures de côtes à gauche, un emphysème sous-cutané très étendu au niveau de la paroi thoracique ; enfin, un pneumothorax du côté gauche. Malgré ces graves lésions, la blessée reprend pro-

Ruais

gressivement ses forces. C'est seulement le 8^e jour que la température s'élève à 38° et 38° 2. La dyspnée s'aggrave, tandis que le thermomètre marque, le 14 décembre, 38° 6. Toux pénible. Crachats muqueux.

Le 15, M. Blum me montre la patiente en déclarant que les désordres pleuro-pulmonaires relèvent désormais de la médecine. Il y a encore de l'emphysème sous-cutané du côté gauche. Quant au pneumothorax, je ne le localise pas, comme on l'a fait, à la base gauche. Il y a bien là du tympanisme, mais c'est au niveau de ce que j'ai appelé la « zone sonore inféro-dorsale », et ce tympanisme est attribuable à la distension gazeuse de l'estomac. C'est également à l'estomac qu'il faut rapporter d'après moi les bruits métalliques révélés à l'auscultation de la base du thorax (tintement ?)

Mais j'admets dès l'abord la possibilité d'un pneumothorax partiel de la région sous-claviculaire, car je note en ce point une suppression complète des bruits respiratoires.

Le 16 décembre, la malade est transportée dans mon service, salle Nélaton, n° 12. Dyspnée, toux fréquente, crachats visqueux, collants au vase, légèrement teintés de sang.

En examinant la poitrine, on constate tout d'abord que le côté gauche est rétréci ; on voit en avant, non loin du sternum, les saillies constituées par les fragments internes des 2^e et 3^e cartilages costaux ; les fractures ne sont pas encore consolidées. Emphysème sous-cutané de toute la région antérieure du thorax à gauche.

Suppression des vibrations vocales à gauche. Du même

côté, à la base, zone tympanique limitée en bas par une ligne horizontale atteignant la 10^e vertèbre dorsale, en haut par une ligne qui, partant de la 8^e vertèbre dorsale, d'abord horizontale, puis légèrement ascendante, passe à 2 travers de doigt de l'angle inférieur de l'omoplate. Ainsi limitée la zone sonore a en arrière une hauteur de 5 travers de doigt. En avant elle se prolonge jusqu'au voisinage du sternum, limitée supérieurement par le 5^e cartilage costal. Le tympanisme qu'on y constate se continue sans interruption avec celui de l'estomac dont la distension gazeuse est manifeste. L'auscultation de la zone inféro-dorsale ne permet d'entendre aucun bruit respiratoire. Mon interne, M. Henri Bernard, a perçu là du tintement métallique que je ne retrouve pas.

Au-dessus de la zone sonore, en arrière et dans l'aisselle, matité complète, respiration soufflante.

Sous la clavicule, bruit skodique, absence de souffle et de murmure vésiculaire, silence complet.

On ne perçoit pas les battements de la pointe du cœur dont les bruits sont sourds. L'organe est à peine déplacé vers la droite.

A droite, râles de bronchite. Le soir T. V. 38°8.

Le 17 décembre, 37°6 et 39°4. Crachats rouillés. Dyspnée comme la veille. Langue sèche. Pas de délire mais un peu d'agitation nocturne. Le tympanisme inféro-dorsal existe comme la veille. On ne perçoit pas de bruit métallique, pas de bruit de succussion. Donc il n'y a pas de pneumothorax inférieur mais simplement une pleuro-pneumonie traumatique.

Une ponction exploratrice avec la fine aiguille, prati-

quée en arrière en pleine matité, fournit du liquide sero-sanguinolent.

Le 18 décembre, 37°8 et 38°. Dyspnée, adynamie, langue sèche; les crachats sont moins visqueux, moins colorés. L'emphysème sous-cutané a disparu. A la base gauche, la zone sonore a diminué: elle n'a plus qu'une hauteur de 3 travers de doigt. La matité persiste au-dessus.

Le 19 décembre, 38°8, et 38°8; la matité inférieure augmente, tandis que la zone sonore diminue de hauteur, atteignant toujours la colonne vertébrale. La sonorité de l'aire de Traube persiste. Matité en avant au niveau des 4^e et 5^e espaces, où l'on ne constate pas les battements cardiaques. Souffle pleurétique en arrière et dans l'aisselle.

Le 20 décembre, 38° et 38°6. La zone sonore inféro-dorsale n'a plus qu'une hauteur d'un travers de doigt en arrière; la hauteur est de 2 travers de doigt dans l'aisselle. L'étendue de la matité dorso-axillaire augmente, donc la collection liquide devient plus importante.

Je pratique en arrière, dans le 7^e espace, une ponction évacuatrice à l'aide du siphon de Duguet. Le résultat de cette thoracentèse me permet d'affirmer qu'il y a là une pleurésie cloisonnée et même une pleurésie polymorphe: déplaçant l'extrémité du trocart, j'obtiens successivement en effet un liquide séro-sanguinolent, de la sérosité limpide, un mélange de sang et de sérosité louche. Je démontre le polymorphisme en recueillant les 3 liquides dans 3 verres différents. En tout 450 c. c. de liquide.

L'étendue de la matité faisait admettre une collection plus considérable: c'est donc à l'hépatisation du poumon qu'on doit l'attribuer partiellement.

Le 21 décembre, 38° et 38°4. La malade a été soulagée par la ponction ; la dyspnée est moindre. Actuellement la sonorité tympanique a complètement disparu en arrière. On la constate encore à la région inféro-axillaire, sur une hauteur de 2 travers de doigts. En avant elle est limitée supérieurement par la 5^e côte et se continue inférieurement avec le tympanisme de l'aire de Traube.

En arrière le souffle a disparu, la matité inférieure persiste ; murmure respiratoire très atténué sur toute la hauteur. L'auscultation de la région sous-claviculaire, qui reste sonore à la percussion, révèle toujours la suppression complète du murmure respiratoire : il n'y a, jusqu'à présent, pas d'autre symptôme pour établir le diagnostic de pneumothorax antéro-supérieur.

Le 22 décembre, 38°4 et 38°4. Les symptômes plessimétriques se sont modifiés ; un nouveau signe apparaît ; le son de percussion amphorique. Ce son ne doit pas être confondu avec le tympanisme qui a repris possession de la région inféro-dorsale. La distinction est facile à établir, car, en percutant de bas en haut, en arrière, on trouve deux zones nettement délimitées et superposées exactement :

1° La zone inféro-dorsale, où se retrouve le tympanisme précédemment signalé ; elle est actuellement limitée en bas par une ligne horizontale atteignant la 11^e vertèbre dorsale, en haut par une autre ligne horizontale aboutissant entre la 8^e et la 9^e vertèbre dorsale ;

2° Une zone où je trouve le son de percussion amphorique, zone limitée en bas par la ligne horizontale qui aboutit entre la 8^e et la 9^e vertèbre dorsale, en haut par

une ligne oblique, partant de la 7^e vertèbre dorsale, passant à un travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate et se terminant dans l'aisselle.

Au-dessus de cette seconde zone je ne constate plus la matité qui existait avant la ponction, mais seulement de la submatité. La matité existe en avant comme précédemment.

Il faut signaler aussi un nouveau signe d'auscultation, le souffle amphorique que je perçois non pas dans toute la zone qui m'a fourni le son de percussion amphorique, mais dans la portion axillaire de cette zone et au sommet de l'aisselle.

Pas de bruit de succussion, pas de bruit d'airain ; respiration très faible en arrière, nulle au-dessous de la clavicule.

Sur ce point, on perçoit de temps en temps une sorte de tintement métallique et un retentissement métallique du bruit du cœur.

Le 24 décembre. — 38°4 et 37°6. L'état général laisse beaucoup à désirer ; adynamie, langue saburrale, inappétence, dyspnée. Crachats muqueux peu abondants, témoignant d'un catarrhe bronchique ; râles ronflants et sibilants à droite.

Le tympanisme inféro-dorsal a complètement disparu ; il est remplacé par une matité qui s'étend presque jusqu'au sommet en arrière. Quant au son de percussion amphorique, il n'existe plus qu'au bord externe et un peu au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate ; mais je le retrouve au niveau de l'aire de Traube.

Je le retrouve également en percutant la région épi-

gastrique et l'hypocondre gauche, ce qui démontre une fois de plus l'influence des variations gastriques sur le plessimétrisme inféro-thoracique à gauche. Souffle amphorique au sommet de l'aisselle et dans les 2^e et 3^e espaces en avant. Pas de bruit de succussion, pas de bruit d'airain.

Bruit skodique ; silence respiratoire au niveau du premier espace.

La position exacte du cœur est difficile à déterminer ; le choc de la pointe n'est perçu nulle part ; la matité cardiaque n'est manifeste que sur le sternum ; les bruits sont sourds.

Le 26 décembre, mêmes signes d'auscultation. Le son de percussion amphorique existe à peine en arrière ; je le trouve près du bord externe et de la pointe de l'omoplate. L'aire de Traube produit un tympanisme peu éclatant (pas de son amphorique). L'estomac ne donne qu'un tympanisme atténué. Sous le sternum je constate un dédoublement du second bruit cardiaque.

Le 28 décembre, 37°8 et 38°6. Les signes de pneumothorax pur persistent en avant et en haut, tandis que la pleurésie dorso-axillaire augmente. Matité des 2/3 inférieurs en arrière ; suppression du son de percussion amphorique ; le souffle amphorique n'est perçu maintenant qu'au 1/3 moyen en arrière et dans la fosse sous-épineuse. La zone de Traube est peu sonore ; la sonorité sous-claviculaire est atténuée. Dyspnée, point de côté à gauche.

Le 29 décembre, 38° et 38°4. Matité sur toute la hauteur, sauf au niveau de la fosse sus-épineuse. Dans l'aisselle, matité et souffle amphorique. En avant matité et souffle amphorique à gauche du sternum jusqu'à la seconde

côte. En appliquant le stéthoscope au bord gauche du sternum je constate du frottement péricardique ; ce frottement existe au bord droit du sternum, en bas. Faibles battements cardiaques à droite du sternum.

Je pratique une ponction dans le 5^e espace gauche, j'obtiens seulement 350 cc. de liquide purulent épais, légèrement teinté de sang. Immédiatement après l'évacuation je perçois en arrière du souffle tubaire au tiers supérieur, des frottements et de gros râles en bas. En avant rien de chargé : silence sous la clavicule, souffle amphorique au niveau de la 3^e côte.

Le 30 décembre, 37°4 et 37°6. La dyspnée n'a pas diminuée. Même souffle amphorique en avant. En arrière, matité persistante, souffle amphorique en bas de la fosse sous-épineuse. Pas de signes de pyo-pneumothorax. Le frottement péricardique se perçoit maintenant jusque sur la mamelle droite : le déplacement du cœur s'est donc accentué.

Le 31 décembre 47°4 et 37°8. Crachats muco-purulents, toux fréquente et fatigante. Le souffle amphorique est très accentué au sommet de l'aisselle où je trouve également de gros râles. Pas de bruit de succussion, pas de bruit d'airain. Même frottement péricardique.

Le 2 janvier 1899, 37°8 et 38°4. Mêmes signes auxquels s'ajoute le son de percussion amphorique dans l'aisselle, en avant du bord externe de l'omoplate. Le tympanisme que fournit l'aire de Traube s'en distingue nettement.

Le 3 janvier, mêmes signes.

Le 6 janvier, 38°6 et 39°4. Le souffle amphorique a complètement disparu. Atténuation du son de percussion

amphorique de l'aisselle et du tympanisme de l'aire de Traube. Quelques bruits métalliques sous la clavicule, frottement péricardique à droite, jusqu'au dessous du sein. Je m'étonne de ne pas constater le bruit de succussion qui me révélerait la communication établie entre l'empyème et le pneumothorax. Légère crépitation sous le doigt au niveau du 2^e espace.

Le 7 janvier 38^e et 38. Au niveau du 2^e espace gauche, près du sternum, se manifeste une saillie arrondie ayant à peu près 5 centimètres de diamètres, réductible, donnant à la main qui la comprime une sensation de grosse crépitation. Après réduction, on introduit aisément l'extrémité du doigt dans l'orifice qui a livré passage au pus et à l'air. Pas d'emphysème sous-cutané autour de la tumeur ; pas de modification des téguments. Il s'agit donc d'un abcès froid gazeux, provenant de la plèvre, autrement dit d'un pyo-pneumothorax de nécessité.

Pourquoi n'avons-nous pas eu jusqu'à présent de bruit de succussion ? Le liquide était-il trop visqueux, ou la cavité trop peu spacieuse ? Cette question se posera jusqu'à la fin de l'observation sans qu'il soit possible d'y répondre.

L'auscultation révèle au 2^e espace du souffle amphorique et du tintement métallique. Plus bas je perçois le retentissement métallique des bruits du cœur.

La dextrocardie est toujours manifeste avec le frottement péricardique déjà signalé. La percussion du sternum fournit de la sonorité. L'espace de Traube est sonore à la percussion. La matité dorso-axillaire persiste. Pas de son de percussion amphorique. Au sommet de l'aisselle, souffle

amphorique. Le murmure vésiculaire est perçu dans la fosse sus-épineuse où la sonorité est normale à la percussion.

Deux ponctions exploratrices pratiquées en pleine matité, à la région inféro-axillaire, ne donnent rien. Une 3^e ponction, un peu en avant de l'angle inférieur de l'omoplate, fournit 450 c. c. de pus bien lié, légèrement bleuâtre, contenant, d'après l'examen bactériologique de M. Henri Bernard, de nombreux pneumocoques et de rares staphylocoques. Après la ponction, l'abcès gazeux s'affaisse, laissant à sa place une fine crépitation ; les bruits amphoro-métalliques disparaissent. Pas de bruit de succussion.

À la visite du soir, M. Henri Bernard constate la réapparition de l'abcès gazeux. La malade est extraordinairement fatiguée ; langue saburrale, inappétence.

Le 8 janvier, le pyo-pneumothorax de nécessité existe comme la veille, avec les mêmes caractères. Pas de bruit de succussion, pas de bruit d'airain. En avant, tintement métallique, retentissement métallique des bruits du cœur : souffle amphorique. En arrière, souffle et voix amphoriques.

Le 9 janvier, 37° 4 et 38° 6. Disparition complète du souffle amphorique et des bruits métalliques. Matité en arrière. En avant, sonorité sous-claviculaire avec silence. Sonorité de l'aire de Traube. Je ne constate nulle part de son de percussion amphorique. La tumeur clapotante existe comme la veille, peut-être un peu plus étalée. Le clapotis manque dans la position assise et dans le décubitus abdominal ; il n'existe que dans le décubitus dorsal.

Même déplacement du cœur, même frottement péri-

cardique. Pas de bruit de succussion, ni de bruit d'airain.

Si l'empyème dorso-axillaire que j'ai essayé de traiter par la ponction communique avec le pyo-pneumothorax antéro-supérieur, l'air doit pénétrer en arrière jusqu'à la base du thorax : or, je n'obtiens jamais de sonorité dorsale, même lorsque je place la malade dans la position génu-pectorale. Donc, le cloisonnement de la plèvre a eu pour résultat d'isoler l'empyème et d'isoler le pyo-pneumothorax d'une façon définitive. Donc, la pleurotomie inférieure à laquelle je songe ne videra pas le pyo-pneumothorax.

Le 40 janvier, la malade est un peu moins abattue ; elle s'alimente assez bien. Potion de Tood. Champagne. T. 38° 2 et 39° 4. Voix et toux amphorique en arrière.

Le 41 janvier, 37° 4 et 38° 6. Léger souffle en avant sous la clavicule. Pas de bruits amphoro-métalliques. La tumeur s'étale visiblement. Toujours pas de bruit de succussion. La collection purulente semble augmenter en arrière. Dextrocardie. La sonorité de l'aire de Traube est conservée cependant.

Le 12 janvier, 37° 8 et 39°. L'état général s'améliore légèrement. L'abcès augmente de volume.

Le 13 janvier, 37° 4 et 39° 2.

Le 14 janvier, 37° 4 et 38° 2. L'abcès gazeux a une forme ovalaire. Sa longueur est de 10 centimètres, sa largeur de 8. Toujours réductible et clapotant, il est aujourd'hui pulsatile.

Je pratique une large incision transversale sur la voussure, puis j'incise le 2^e espace intercostal d'où jaillit du pus mêlé de sang. J'y introduis un drain. La matité

dorso-axillaire n'est modifiée en aucune façon par l'évacuation du pus. Pansement à la gaze iodoformée.

Le 15 janvier, 37° et 37° 6. En introduisant le doigt dans la plaie, on perçoit la saillie des fragments des 2° et 3° côtes. La fracture n'est pas consolidée. Lavage à l'eau boriquée. En arrière, la matité persiste. Souffle amphorique au sommet de l'aisselle. Pas de bruit de succussion.

Le 17, apyrexie. Le pansement est très sale. En enlevant le drain on voit sortir une grande quantité de liquide chocolat. La cavité est donc spacieuse. L'empyème s'est-il mis en communication avec le pyo-pneumothorax ? Il n'y a toujours pas de bruit de succussion, mais pour la première fois je constate du bruit d'airain. Le souffle amphorique est perçu au niveau du tiers moyen, en arrière, et là je trouve de la submatité qui se substitue à la matité précédemment constatée. Pas de son de percussion amphorique. La dextrocardie persiste mais sans frottement.

Le 18 janvier, grande amélioration de l'état général. Le drain s'enfonce plus loin que les premiers jours. L'eau boriquée qu'on injecte ressort assez limpide. Dans l'après-midi la malade se lève pour la première fois.

Le 19 janvier, apyrexie, euphorie ; le souffle amphorique est perçu nettement en arrière, surtout au sommet. Le bruit d'airain peut être déterminé au tiers moyen.

Le 21 janvier, pas de souffle amphorique en arrière. Je recherche le bruit de succussion après avoir injecté moi-même de l'eau boriquée dans la plèvre ; impossible de le mettre en évidence ! Euphorie. Le drain qu'introduit mon interne, M. Henri Bernard, a une longueur de 11 centimètres.

Le 28 janvier, après l'évacuation du liquide, il y a de la sonorité en arrière et en bas, jusqu'à la hauteur de l'angle inférieur de l'omoplate. Je fais après le lavage une ponction dans le 7^e espace : le liquide que je retire est absolument semblable à celui qui s'écoule de la plaie. Une autre ponction pratiquée à l'aide de la fine aiguille dans le 5^e espace, près de la colonne vertébrale, sur un point où je perçois de la matité, ne ramène aucun liquide ; mais au bout d'un moment la malade expectore un peu de sang l'aiguille a donc pénétré dans le poumon.

Le 30 janvier, euphorie. Pas de sonorité en arrière et en bas comme les jours précédents. Il y a du souffle sur toute la hauteur en arrière. Toujours pas de succussion.

Le 31 janvier, matité dorsale et souffle amphorique. La plaie se referme. M. Bernard ne réussit plus à faire pénétrer le drain ; il cautérise au nitrate d'argent et introduit une mèche de gaze iodoformée.

Le 1^{er} février, la plaie s'est tellement rétrécie que nous ne pouvons plus y pratiquer d'injection.

Le 2 février, un peu de sonorité à la percussion en arrière et souffle amphorique. Tympanisme de la zone inféro-dorsale. Silence en avant. Les bruits du cœur ne sont plus perçus à droite du sternum. Pas de bruit d'airain ni de bruit de succussion.

Le 9 février, le cœur a repris sa situation normale.

La fistule laisse couler un peu de pus.

Le 14 février, 37°2 et 38°. Le pansement est encore sale. En arrière matité des 2/3 supérieurs tandis qu'en bas je constate de la sonorité ; souffle tubaire au tiers moyen.

Le 16 février 37°4 et 38°4. La fistule a fourni plus de

suppuration. Souffle tubaire en bas, en arrière ; adynamie toux fréquente, crachats muco-purulents.

Le 18 février, 36°8. L'état général est assez mauvais. En arrière, matité et souffle tubaire, au tiers moyen, matité en bas. L'empyème que j'avais considéré comme évacué, du moins en partie, s'est probablement reproduit ; ou bien il existe encore, grâce au cloisonnement de la plèvre, une loge purulente indépendante, peut-être un foyer nouvellement constitué.

A 2 travers de doigt, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, je pratique une ponction à l'aide d'une fine aiguille adaptée à la seringue de Pravaz ; j'obtiens du pus. J'incise donc la peau, l'espace intercostal de la plèvre au point ponctionné. Pas une goutte de pus ne s'écoule, même lorsque j'agrandis l'ouverture avec le doigt. Comme l'hémorragie est assez abondante, je tamponne la plaie à l'aide de la gaze iodoformée. Le soir 39°4, malaise, frisson, agitation.

Le 19 février, 39°4 et 38°4. Le pansement est imprégné de sérosité, pas de pus.

Le 20 février, 36°8 et 37°6.

Le 21 février, apyrexie, amélioration notable. Matité et souffle tubaire au tiers moyen en arrière. Encore de l'écoulement purulent par la fistule du 2^e espace. Je commence à entendre du bruit respiratoire dans le 1^{er} espace près du sternum.

Le pus, fourni par la ponction du 18 février, a été examiné par M. Henri Bernard qui n'y a trouvé que des pneumocoques.

Le 28 février, mêmes signes en arrière.

Le 1^{er} mars, 38°6 et 39°4. Mauvaise nuit, agitation.

Le 2 mars, 37°6 et 38°4. Toujours préoccupé de l'empyème enkysté, je pratique encore 3 ponctions avec la fine aiguille aux régions inféro-axillaire et inféro-dorsale. Je n'obtiens que du sang.

Le 3 mars, 37°4. Dès ce moment l'apyrexie persiste. Râles soufflants et sibilants à droite ; crachats mousseux. Peu de modifications des signes stéthoscopiques à gauche. Frottement péricardique léger.

Le 15 mars, la fistule du 2^e espace est tarie, la plaie dorsale est cicatrisée. La malade se lève, marche dans la salle. Elle a de l'appétit.

Le 25 mars, j'examine la malade pour la dernière fois, car elle désire quitter l'hôpital : à gauche, en avant, submatité, bruits respiratoires faibles, quelques râles sous la clavicule. En arrière, submatité des deux tiers supérieurs ; en haut quelques râles ; au tiers moyen, respiration soufflante ; en bas, râles sous-crépitants. Donc bronchite et épaissement persistant des feuillets pleuraux à gauche. Léger frottement péricardique : au bord gauche du cœur, souffle extra-cardiaque. Le thorax reste aplati et rétracté à gauche ; les fractures sont consolidées.

Cette observation n'a besoin d'aucun commentaire. Nous aurons d'ailleurs à en reparler dans la suite.

Etiologie, Symptômes, Marche, Complications.

Au point de vue de l'étiologie de la maladie nous ne pouvons pas donner d'indications bien précises. L'étiologie en sera la même que celle du pyo-pneumothorax : tuberculose, gangrène pleuro-pulmonaire, pleurésies purulentes ; tout au plus peut-on considérer comme causes prédisposantes les traumatismes de la poitrine, les fractures de côtes, les solutions de continuité des espaces intercostaux. Peut-être pourra-t-on le prévoir lorsque l'emphysème sous-cutané initial aura coïncidé avec un pneumothorax comme chez la malade de l'observation IX. Comme fréquence nous ne pouvons pas non plus donner de chiffre exact ; nous pouvons dire cependant, que pour trouver les neuf observations de pyo-pneumothorax de nécessité que nous avons signalées, nous avons dû parcourir environ deux cents observations, soit d'emphysème généralisé, soit d'empyème, soit de pyo-pneumothorax, observations en grande

partie dues à des auteurs français, mais dont cependant quelques-unes sont d'auteurs anglais et allemands.

La symptomatologie est assez simple : chez un malade atteint de pyo-pneumothorax on voit survenir une douleur dans un point limité de la poitrine, au niveau d'un espace intercostal. Cette douleur qui précède l'apparition de la tumeur n'est pas constante ; cependant elle existe dans un certain nombre de cas. Elle a son siège en général au niveau des premiers espaces en avant, ou dans la région mammaire. Bientôt survient une légère saillie de l'espace intercostal, d'abord arrondie, puis allongée dans le sens de cet espace auquel elle est d'abord limitée ; elle en occupe bientôt deux en franchissant la côte intermédiaire. Elle présente alors des caractères bien nets.

C'est une tumeur indolente, molle, fluctuante, fournissant à la main qui palpe et à l'oreille qui ausculte une sensation particulière, variant avec la position que l'on donne au patient, avec la dimension de la poche, la tension des parois, la qualité du mélange pyo-pneumique qu'elle renferme. Dans le décubitus dorsal on observe de la crépitation fine, si la poche est petite avec une faible collection gazeuse ; du clapotis, du bruit de succussion, gargouillement si la poche est grande avec une faible collection de liquide. Dans la position genu-pectorale, la poche

peut se remplir de liquide, les gaz remontant dans la cavité thoracique ; la crépitation disparaît alors et la tumeur simplement fluctuante simule l'empyème de nécessité. Dans la position assise la crépitation et le clapotis sont moins accusés que dans le décubitus dorsal.

La tumeur est réductible, et, lorsqu'on opère la réduction, on perçoit un bruit de glou-glou. Le doigt, après la rentrée du liquide dans la cavité pleurale, peut sentir assez nettement, en général, l'orifice qui lui a livré passage.

La tumeur est parfois pulsatile, (nous en avons deux cas dans nos observations) ; elle est susceptible d'augmenter de volume sous l'influence des efforts et de quintes de toux. Autour d'elle on trouve souvent un peu d'empâtement diffus, quelque fois de l'emphyème.

Que devient cette tumeur si on l'abandonne à elle-même ? Elle peut rester stationnaire, voire même disparaître, mais c'est pour peu de temps ? En effet, elle reparaît rapidement, puis augmente progressivement de volume, occupant un, puis deux, puis trois espaces intercostaux. Si la peau est suffisamment résistante la collection pyo-pneumique s'étale en décollant le tissu cellulaire sous-cutané, et peut ainsi, à la façon de l'empyème de nécessité, désertter les parois thoraciques où elle a pris naissance et s'en aller dans les lombes (migration sous-cutanée dorso-lombaire)

ou à la paroi abdominale antérieure, au grand détriment du malade que ces vastes décollements ne font qu'affaiblir davantage.

Si la peau n'est pas assez résistante, elle s'amincit devient rouge ou violacée, puis se rompt ordinairement dans un effort de toux; un jet de pus, suivi d'un sifflement caractéristique annonce la rupture. Cet accident soulage presque toujours le malade dont la dyspnée devient moins violente.

Lorsque la poche est ouverte, soit d'une façon spontanée, soit par la main du médecin, on voit à chaque mouvement respiratoire et surtout dans les efforts de toux une certaine quantité de pus et d'air s'écouler par l'ouverture.

La plaie reste fistuleuse pendant longtemps et, si on n'intervient pas par un traitement approprié, le malade, affaibli par une suppuration prolongée, meurt. Cependant une autre terminaison est possible quoique moins fréquente; après avoir fourni pendant un temps plus ou moins long du pus et des gaz, la fistule se tarit, un travail de réparation se fait et la plaie se cicatrise; mais, nous le répétons, c'est une terminaison rare et il faut agir, sous peine de voir le malade succomber, épuisé par la suppuration ou emporté par une complication.

Quelles sont donc les complications que nous avons à craindre dans cette maladie? Nous avons déjà parlé des migrations de la collection purulente :

nous avons dit la gravité des décollements produits, nous n'y reviendrons pas.

Lorsque la collection purulente reste longtemps en contact avec les côtes et les cartilages costaux, elle peut amener la nécrose de ces parties, et même des fractures spontanées à la suite de cette nécrose. En outre, s'il y a eu fracture de côte avant l'apparition du pyo-pneumothorax de nécessité, la consolidation en sera retardée et ne se produira que lorsque le pus aura disparu, comme nous avons pu le voir chez la malade du D^r Galliard.

Une complication plus grave encore, et facile à prévoir est l'emphysème sous-cutané généralisé. Cet emphysème peut se produire brusquement. Chez le malade de Héron, la tête et le tronc furent envahis en un instant, et le lendemain le corps tout entier fut occupé par l'emphysème. Le malade mourut quatre jours après sans que l'emphysème eût sensiblement diminué, ce qui montre la gravité de cette complication.



Diagnostic, Pronostic.

Résumons brièvement les symptômes qui permettront de faire le diagnostic : lorsque chez un malade atteint de pyo-pneumothorax on verra apparaître à la paroi thoracique une tumeur fluctuante, crépitante, réductible avec un bruit de glou-glou, tumeur qui est animée de mouvements d'expansion à l'occasion des efforts et des secousses de toux, on pourra affirmer qu'il s'agit là d'un pyo-pneumothorax de nécessité.

Quelles sont donc les affections avec lesquelles on pourrait faire confusion ? Ce sont, à la rigueur, la hernie du poumon, l'empyème de nécessité, mais surtout les cavernes pulmonaires venant s'ouvrir dans le tissu cellulaire sous-cutané, par l'intermédiaire d'une plèvre épaissie et adhérente, que ces cavernes soient d'origine tuberculeuse, gangréneuse ou actinomycosique.

Dans la hernie du poumon on observe sans doute à la paroi thoracique une tumeur molle, indolente,

réductible et fournissant au doigt qui palpe et à l'oreille qui ausculte une sensation de crépitation fine ; mais il faudrait en vérité un examen bien superficiel pour confondre les deux affections : nous n'avons là en effet ni fluctuation, ni clapotis. La tumeur n'est pas toujours réductible et lorsqu'on arrive à la réduire, le doigt laissé en place se sent repoussé à chaque mouvement respiratoire, ce qui n'a jamais lieu dans le pyo-pneumothorax de nécessité. En outre, et c'est là un signe fort important, on n'observe pas les phénomènes pleuraux concomitants qui permettent d'affirmer l'origine de la tumeur.

L'empyème de nécessité ne pourra guère être l'objet d'une erreur de diagnostic. Il diffère en effet sensiblement du pyo-pneumothorax de nécessité ; il présente comme caractères communs la fluctuation, la réductibilité et l'expansion au moment des efforts respiratoires et des secousses de toux ; mais on n'y observe jamais de crépitation, ni de clapotis car il n'y a pas d'air dans l'abcès. Il n'y a que dans le décubitus abdominal que l'on pourrait méconnaître le pyo-pneumothorax de nécessité, car à ce moment le pus se précipite dans la poche, l'air remonte dans la cavité pleurale et on ne trouve plus que de la fluctuation. Mais l'erreur si elle se produisait serait de courte durée, car tout le monde sait que ce n'est pas la position habituelle que l'on donne au malade pour l'examiner. Lorsque la poche est ouverte à l'extérieur,

peut-on dire s'il y avait avant cet accident pyo-pneumothorax ou empyème de nécessité ? Par l'examen physique seul du malade, cela me semble impossible, car dans les deux cas il y a pénétration d'air dans la plèvre. Seuls les renseignements fournis par le malade pourront faire porter un diagnostic rétrospectif, et encore ce ne sera pas toujours très facile, car ces renseignements seront souvent bien loin d'être précis. D'ailleurs ce diagnostic offrirait peu d'intérêt, le traitement devant être le même dans les deux cas.

Nous arrivons maintenant à un point bien plus important : je veux parler du diagnostic différentiel avec les cavernes pulmonaires communiquant avec le tissu cellulaire sous-cutané. Mais avant de donner les signes qui distinguent chaque affection, qu'on nous permette d'en rapporter ici quelques cas :

Observation de fistule broncho-cutanée spontanée

(M. R. Meslay) (1) (Résumée)

Le 25 juillet 1895, dans le service de M. Vidal à Beaujon, entrant un malade âgé de 29 ans, amaigri, ayant de la fièvre vespérale et des sueurs nocturnes.

(1) M. R. Meslay. — Fistules broncho-spontanées, in *Presse Médic.*, 14 janv. 1899.

Hérédité tuberculeuse maternelle. Fait une chute du siège d'une voiture, à l'âge de 26 ans. Le côté gauche de la poitrine a porté : violente douleur, mais aucune suite.

L'année suivante (1892), le malade tousse, maigrit ; il est traité à l'hôpital du Hâvre. La douleur thoracique qui avait disparu, revient et augmente de jour en jour, sans que les médecins ne remarquent rien au niveau des espaces intercostaux. En 1893, le larynx se prend ; hémoptysie. L'état s'aggrave en 1894 ; en 1895, d'abord hospitalisé à Bichat, le malade passe à Beaujon.

Le symptôme fonctionnel prédominant est un point de côté très douloureux qui s'exagère par la respiration et la toux et siège au-dessus et en dedans du mamelon gauche. Là dans le 2^e espace intercostal et au-dessus de la deuxième côte, apparaît une tuméfaction rouge foncé, faisant une saillie très nette ; à la palpation on éprouve la sensation spéciale à l'emphysème sous-cutané. La deuxième côte fracturée est mobile. L'oreille et la main perçoivent un craquement très net ; l'auscultation permet de reconnaître la présence d'une large caverne sous-jacente, avec infiltration et ramollissement étendu au côté opposé.

Le 6 septembre, dans un accès de toux, la peau se rompt ; il sort deux cueillerées à café de pus. On aperçoit au centre de la tuméfaction une petite ouverture de deux à trois millimètres de diamètre laissant écouler un pus jaune verdâtre, cette ouverture s'agrandit les jours suivants au moment de la toux l'air sort violemment en sifflant. L'exploration par le stylet ne donne rien de net. Le malade ne veut pas se faire traiter chirurgicalement, il

sort de l'hôpital le 9 septembre et y rentre mourant le 1^{er} octobre.

A l'autopsie, on constate un trajet fistuleux qui réunit l'abcès sous-cutané à une large caverne, grosse comme un œuf de poule.

Dans la thèse de Flammarion (1) on a l'observation d'une malade qui portait à la partie supérieure gauche du thorax une tumeur fluctuante, crépitante, augmentant pendant l'expiration et l'inspiration, tumeur qui creva au bout de quelque temps, laissant échapper du pus et de l'air : derrière cette tumeur se trouvait une excavation pulmonaire, dont tous les signes étaient très nets à l'auscultation et à la percussion.

Barié (2) cite le fait d'une tumeur sous-cutanée thoracique apparue chez un individu qui possédait du même côté de la tumeur, une large caverne pulmonaire. Cette tumeur « réductible par une douce pression est crépitante et fluctuante », elle augmente lorsque le malade tousse et fait un effort.

D'après l'auteur « il y a là une collection gazeuse et liquide sous-cutanée, communiquant à travers l'es-

(1) Flammarion. — Des fistules thoraciques. Th. de Strasbourg, 1869, p. 48, obs. 120.

(2) Barié. — Bull. de la Soc. de Méd. des Hôp. de Paris, 1893, p. 871.

pace intercostal perforé avec la caverne pulmonaire constatée du même côté. »

Observation de caverne gangréneuse (1)

Gangrène du poumon avec trajet fistuleux étendu du point gangrené jusqu'au 3^e espace intercostal et sur le point de s'ouvrir à l'extérieur.

F..., 25 ans. Maladie de poitrine contractée à la suite d'un accident datant de 3 mois. Entre à Cochin le 23 décembre 1821. Oppression. Toux. Expectoration extrêmement fétide. Mort le 17 janvier 1822.

(Rien de l'examen du thorax).

Autopsie. — Une couche de tissu cellulaire bien organisée unit de toutes parts les poumons aux parois pectorales. Poumon droit tout-à-fait sain.

Poumon gauche splénisé. Quelques points crépitants. Au centre on trouve un tissu ramolli, de couleur livide et un foyer rempli d'une matière sale, boueuse. Cette caverne gangréneuse se prolonge par un trajet fistuleux jusqu'au 3^e espace intercostal où l'on trouve une matière grisâtre, purulente et granuleuse. C'est en partant de ce point que nous sommes parvenus, à la faveur du trajet fistuleux jusqu'à la destruction gangréneuse du poumon. Le foyer gangréneux avait à peu près le volume du poing.

(1) Bouillaud. — Revue médicale. 1824, t. IV, p. 390.

Si le malade eût survécu, bientôt un abcès se serait ouvert à l'extérieur de la poitrine. Sans l'adhérence qui existait entre le poumon et la plèvre le foyer se serait fait jour dans la cavité de celle-ci et eût déterminé un épanchement pleurétique probablement compliqué du pneumothorax.

Ainsi les cavernes pulmonaires, tuberculeuses ou gangréneuses sont susceptibles de donner lieu à des tumeurs sous-cutanées thoraciques remplies d'air et de pus. Les cavernes actinomycosiques ont la même propriété. Quoique ce soit là une exception il faut en tenir compte. En effet ces tumeurs ont le même contenu que la pyo-pneumothorax de nécessité. Elles donnent lieu aux mêmes signes physiques : réduction, crépitation, expansion au moment des efforts et des secousses de toux. On ne pourra donc faire le diagnostic qu'en s'appuyant sur les symptômes concomitants.

La marche de la maladie, l'existence de signes caverneux immédiatement derrière la perforation de la paroi thoracique, coïncidant avec les crachats nummulaires des cavernes tuberculeuses, ou l'expectoration fétide de la gangrène pulmonaire, permettront d'affirmer l'origine de la tumeur, surtout si l'on y joint l'absence des signes habituels de pyo-pneumothorax.

Le diagnostic serait plus délicat si l'on observait

à la fois, et du même côté de la poitrine une vaste excavation pulmonaire et un pyo-pneumothorax. Seule la pleurotomie, qui en vidant le contenu pleural viderait l'abcès s'il était dû au pyo-pneumothorax. et le laisserait au contraire intact s'il était le fait d'une caverne pulmonaire, pourrait trancher la question. Quant aux cavernes actinomycosiques, l'examen microscopique de l'expectoration montrerait la présence de l'actinomyces.

Le pronostic est très grave. Sur les neuf observations que nous avons pu recueillir, nous avons en effet 4 morts et 3 guérisons. Pour 2 malades les renseignements ultérieurs manquent. La mort est survenue 3 fois par épuisement, et 1 fois à la suite d'un emphysème sous-cutané généralisé.



Traitement

En raison de la gravité du pronostic il faut agir rapidement, sans attendre la rupture spontanée de l'abcès. Mais ici deux cas peuvent se présenter : ou bien on a affaire à un pyo-pneumothorax total, ou bien le pyo-pneumothorax est partiel.

Si le pyo-pneumothorax est total, il faut bien se garder d'inciser l'abcès gazeux, car de cette façon on n'obtiendrait pas la déplétion complète de la plèvre, le meilleur moyen de vider l'abcès est de vider complètement la plèvre ; la pleurotomie inférieure remplit ce but.

Si le pyo-pneumothorax est partiel, comme chez la malade du D^r L. Galliard, on ne peut pas songer à la pleurotomie inférieure qui ne donnerait pas de résultat. Il faut inciser l'abcès, puis ouvrir largement l'espace intercostal sous-jacent. Un drain introduit dans la plaie permettra l'évacuation du contenu pleural et servira, s'il en est besoin, à faire des lavages.

Il n'est pas besoin de dire que l'on y joindra le traitement de l'affection causale.

Conclusions

I. — Le pyo-pneumothorax de nécessité est la migration sous-cutanée thoracique du contenu pyo-pneumique de la plèvre.

II. — C'est une affection rare.

III. — La fluctuation, la crépitation ou le clapotis, la réductibilité, les mouvements d'expansion à l'occasion des secousses de toux, sont les principaux symptômes de cet abcès gazeux.

IV. — La hernie du poumon, l'empyème de nécessité, et surtout les fistules broncho-cutanées spontanées sont les affections qui pourraient induire en erreur.

V. — Le pronostic en est très grave.

VI. — Pleurotomie inférieure dans le cas de pyo-pneumothorax total, incision de l'abcès lui-même si le pyo-pneumothorax est partiel, telle paraît être la conduite à tenir dans cette affection.

Vu :

Le Président de la Thèse,
M. DEBOVE.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

- Barié.* — Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1893.
Bayle. — Revue médicale, 1824.
Bonnet. — Archives Générales de Médecine, 1829.
Bouchut. — Gazette des Hôpitaux, 1854.
Bouillaud. — Revue Médicale, 1824.
Comby. — Archives Générales de Médecine, 1883.
Conan. — Thèse de Paris, 1810.
Damaschino. — Thèse d'agrégation, 1869.
Flammarion. — Thèse de Strasbourg, 1869.
Galliard. — Médecine Moderne, 1896.
— Semaine Médicale, 1899.
Gendrin. — Histoire anatomique des inflammations, 1826.
Héron. — Thèse de Paris, 1881.
Meslay M.-K. — Presse médicale, 1899.
Pézerat. — Journal complémentaire du dictionnaire des sciences médicales, 1829.
Plagge. — In Memorabilien du Dr E. Betz, 1872.
Toussaint. — Thèse de Paris, 1880.

